年　　月　　日

検 体 送 付 票

○○保健所長　様

○○病院長

下記の検体について、インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１）の検査をお願いします。

記

≪医療機関情報≫

医療機関名	
TEL／FAX	TEL：(　　)　　－　　／FAX：(　　)　　－
主治医	診療科：　　氏名：
保健所との連絡担当者	所属：　　職名：　　氏名：

≪患者情報≫

患者氏名		年齢	歳	性別	男　・　女
発病日	年　　月　　日				

≪院内検査情報≫

インフルエンザ迅速検査	実施　・　未実施	結果：　陽性（Ａ・Ｂ・不明）　・　陰性

≪検体情報≫

検体 No.	検体種別　※２	検体数	採取日	備考
			月　日	
			月　日	
			月　日	
			月　日	
			月　日	

≪その他連絡事項≫

※１　患者１名に対してこの用紙１枚に記入して下さい。

※２　検体種別欄には、咽頭拭い液、血清（急性期・回復期の別）、便　等の検体の種類を記載してください。